

# Un éclairage sur la boîte noire des coûts de la santé

La réglementation du secteur de la santé par l'État est inefficace. L'obligation de contracter reste un point critique, tout comme le financement des hôpitaux par les cantons.

*Stefan Felder*

**Abrégé** La forte croissance des dépenses de santé reste problématique dans la mesure où elle s'accompagne d'une augmentation constante du financement et de la réglementation du secteur par l'État. Soumis en automne 2019 au Parlement par le Conseil fédéral, le premier volet de mesures visant à maîtriser les coûts peut être qualifié de globalement positif. Son succès dépendra toutefois de la suppression de l'obligation de contracter, une question que le Conseil fédéral ne veut hélas pas aborder. Le nœud gordien du financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires pourrait être tranché si la Confédération se substituait aux cantons en matière de financement des hôpitaux.

**L**es dépenses de santé en Suisse ont plus que doublé depuis le milieu des années 1990. Elles sont passées de près de 38 milliards de francs lors de l'introduction de l'assurance obligatoire des soins (AOS) en 1996 à 82 milliards en 2018. Les dépenses annuelles par habitant ont quant à elles bondi de 5400 à 9600 francs. Dans le même temps, la part des dépenses de santé rapportée au produit intérieur brut a grimpé de 9 à 12 % : ce chiffre est le plus élevé des pays industrialisés après celui des États-Unis.

Malgré sa forte ampleur, cette hausse des coûts n'est pas troublante en soi du point de vue de l'économie de la santé, car la population montre une propension très nette et croissante à dépenser pour sa santé. Le problème tient plutôt au fait que le secteur de la santé devient toujours plus une affaire d'État. La part publique du financement par les caisses d'assurance-maladie, les autres assurances sociales et l'impôt est en effet passée de 53 % en 1995 à 63 % en 2017. Durant la même période, la part des assurances privées a en revanche reculé de 10 % à moins de 7 %. La proportion des participations individuelles et autres financements privés s'est également contractée de 36 à 30 %. Cette évolution est problématique pour au moins trois raisons.

Premièrement, pour certains assurés, la couverture d'assurance-maladie prescrite par l'État est trop généreuse par rapport à ce qu'ils contracteraient dans le privé. Ensuite, les coûts d'opportunité de l'offre étatique sont importants et les fonds publics qu'ils absorbent pour la santé font défaut dans les domaines de la formation, des infrastructures, de la protection de l'environnement ou de la défense. Troisièmement, les dépenses publiques de santé induisent une perte de prospérité puisque les impôts qui les financent faussent des décisions sur les marchés du travail, des capitaux et des biens. Dans un système économique libéral, l'intervention de l'État doit toujours être justifiée. Or, elle ne l'est souvent pas dans le secteur de la santé.

## Un signal positif de Berne

Le « premier volet de mesures visant à maîtriser les coûts » soumis l'automne dernier par le Conseil fédéral au Parlement est globalement encourageant. Le gouvernement a en partie repris les propositions d'un groupe international d'experts mandaté par le Département fédéral de l'intérieur (DFI). Dans le secteur ambulatoire, le projet propose judicieusement de revenir sur la rémunération à la prestation pour la remplacer en partie par des tarifs forfaitaires, de mettre en place une organisation tarifaire nationale et de maintenir à jour la structure tarifaire. Un aspect est néanmoins absent de ces propositions : la possibilité, pour les prestataires de services ambulatoires et les assureurs, d'avoir toujours une option de sortie et d'être autorisés à conclure des contrats sélectifs.

Les assureurs devraient également être libérés de l'obligation de passer contrat avec tous les médecins – une exigence que le groupe



Au début de la pandémie de coronavirus, des informations manquaient concernant le nombre de lits de soins intensifs disponibles en Suisse. Le centre hospitalier de Rennaz (VD).

d'experts a proposé d'assouplir. Le Conseil fédéral souhaite plutôt contrôler les coûts à la faveur de conventions nationales entre les parties contractantes. Il met ainsi la charrue avant les bœufs et laisse planer une menace de réglementation en l'absence de résultats.

Autre proposition, l'introduction d'un système de prix de référence pour les médicaments dont le brevet est échu était attendue depuis longtemps. En Suisse, les prix de ces médicaments suivent fidèlement les rabais exigés par la loi et différenciés en fonction du chiffre d'affaires de la préparation originale: cela montre clairement que la concurrence par les prix dans le domaine des génériques ne fonctionne pas.

### Seule la franchise maximale a de l'effet

Le nouvel article autorisant des projets pilotes, qui devrait permettre aux cantons et aux partenaires tarifaires d'expérimenter des projets novateurs susceptibles de réduire les coûts, a tout

particulièrement retenu l'attention. Les observateurs étrangers s'intéressent à la formule suisse de l'assurance de base obligatoire qui combine une franchise et une participation des assurés («quote-part») de 10 % aux coûts. C'est réjouissant, mais les recherches nous apprennent que les franchises n'ont guère d'effet. De nombreux assurés s'attendent de toute façon à dépasser leur participation maximale avant la fin de l'année et ne limitent donc pas leur consommation médicale. Ils anticipent même des prestations quand la participation maximale annuelle est franchie. Cette situation engendre une hausse des coûts et crée des goulots d'étranglement inutiles pour les prestataires de soins.

Seule la franchise la plus élevée de 2500 francs, qui expose les assurés au risque maximal de 3200 francs par année, fait exception: elle réduit en effet les dépenses d'environ un quart<sup>1</sup>. En revanche, aucun changement de comportement des assurés ne s'observe pour les franchises plus basses. La solution pourrait consister en un compte santé individuel, un type de contrat

<sup>1</sup> Voir Trottmann et al. (2012).

innovant qui voit les assurés assumer eux-mêmes le risque en le répartissant dans le temps, avec l'appui d'un prêt initial de leur assureur. Toutes les prestations sont réglées via ce compte à l'exception des plus coûteuses, qui sont réassurées<sup>2</sup>. Ce système permettrait de modérer sensiblement le comportement générateur de coûts des assurés décrit plus haut. Il encouragerait davantage la prévention et aurait un effet de redistribution plus marqué qu'une augmentation significative de la franchise minimale.

## Financement uniforme

Le fait que le Conseil fédéral et le Conseil national appellent de leurs vœux un financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires (Efas) est réjouissant. Aujourd'hui, les assureurs ne financent au maximum que 45 % des prestations stationnaires, contre la totalité des frais médicaux dans le domaine ambulatoire: cette situation a contribué au fait que de nombreux traitements continuent d'être dispensés en milieu hospitalier alors qu'ils pourraient l'être à moindre coût en ambulatoire. L'Efas rectifierait les prix entre ces catégories de prestations et encouragerait les assureurs à investir davantage dans des contrats sélectifs avec des médecins en cabinet pour éviter de coûteux transferts de patients. Le projet est actuellement bloqué par les cantons au Conseil des États: ceux-ci demandent que l'Efas soit étendu aux soins de longue durée, dont les assureurs ne prennent également en charge que 45 % des coûts – ce qui serait cohérent.

Parallèlement, dans le domaine des soins, le financement des installations (financement de l'objet) devrait être remplacé par la rémunération des prestations fournies aux patients (financement du sujet), comme dans la réforme du financement hospitalier de 2012. Le financement uniforme de tous les secteurs de soins médicaux renforce les assureurs et les engage à fournir des prestations médicales convaincantes à leurs clients.

La Suisse est bien inspirée de cultiver le principe de subsidiarité. Dans le secteur de la santé, cela se traduit par exemple par des

réductions de primes individuelles que les cantons organisent selon leurs préférences et auxquelles la Confédération ne contribue que sur une base forfaitaire. Pour l'organisation des prestations médicales, cependant, l'échelon cantonal est dépassé. La coordination de la médecine hautement spécialisée relève de la compétence fédérale et la fourniture de soins aigus stationnaires devrait également être transférée à la Confédération.

La planification hospitalière pose par ailleurs un problème de conflit d'intérêts aux cantons, soucieux d'obtenir des rentrées satisfaisantes en tant que propriétaires, mais tenus d'assurer un rapport coût-avantage positif de l'offre médicale à leurs contribuables. La crise du coronavirus a mis en évidence les faiblesses d'une fragmentation des soins hospitaliers: aucune information n'était par exemple initialement disponible sur l'offre de lits de soins intensifs dans les cantons – que ce soit de la part des cantons, de la Conférence des directeurs de la santé, de la fédération des hôpitaux H+ ou de la Confédération.

Limiter le rôle des cantons au profit de la Confédération dans le domaine de la santé est politiquement ardu, mais l'opération pourrait réussir si la Confédération s'impliquait financièrement en reprenant les contributions cantonales au financement des hôpitaux. C'est peut-être là le moyen de réaliser une percée vers le financement uniforme des services ambulatoires et hospitaliers.



**Stefan Felder**

Professeur d'économie de la santé, université de Bâle

## Bibliographie

- Felder Stefan (2019). « Die dynamische Franchise mit Wirkung: Modell Gesundheitskredit ». *NZZ*, 8 novembre.  
 Trottman Maria, Zweifel Peter et Beck Konstantin (2012). « Supply side and demand side cost sharing in deregulated social health insurance: Which is more effective? » *Journal of Health Economics*, 31(1): 231–42.

<sup>2</sup> Voir Felder (2019).